

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N^o 306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Daniel ALICH

Né à Botosani (Roumanie), le 4 janvier 1884

Ancien externe des hôpitaux de Paris

L'Irido-choroïdite tardive

PAR FISTULISATION DE LA CICATRICE

APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

et son traitement

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (v^r)

1912

306

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Daniel ALICH

Né à Botosani (Roumanie), le 4 janvier 1884

Ancien externe des hôpitaux de Paris

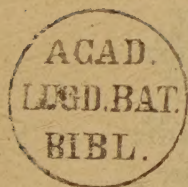
L'Irido-choroïdite tardive

PAR FISTULISATION DE LA CICATRICE

APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

et son traitement

Président : M. DE LAPERSONNE, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TESSIER
Pathologie chirurgicale.	X.
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVEAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DUPUY-DUTEMPS

Ophtalmologiste des Hôpitaux

En témoignage de ma vive gratitude et de ma profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS

Médecin de l'hôpital Beaujon

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

(In memoriam)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RÉNON

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NÉLATON

(In memoriam)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUHL

Médecin de l'Hôpital Bichat

L'Irido-choroïdite tardive

PAR FISTULATION DE LA CICATRICE

APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

et son traitement

INTRODUCTION

Les auteurs sont d'accord aujourd'hui pour considérer comme irido-choroïdites tardives, seulement celles dont les premiers symptômes n'apparaissent que le quatrième jour, au plus tôt le troisième, après l'opération de la cataracte, alors que l'état de l'œil opéré a été jusque-là normal.

Le début est rarement aussi précoce, ce n'est, en général, qu'au bout de plusieurs jours, de quelques semaines et même après des années, que se produit cette complication, dont l'évolution et la gravité sont très variables.

Ses causes sont multiples et restent encore inconnues dans bien des cas, qui doivent solliciter spécialement l'attention des chercheurs.

Plusieurs modes d'infection peuvent donner lieu à ces inflammations tardives :

1° *La réouverture de la plaie et l'inoculation par*

les germes conjonctivaux à cette occasion. — Si dans les huit jours qui suivent l'intervention, les lèvres de la plaie se disjoignent pour une cause ou pour une autre, ou encore, si la coaptation régulière ne s'est pas produite, l'œil est placé dans les mêmes conditions que son ouverture chirurgicale au point de vue de l'inoculation directe par les germes conjonctivaux ;

2° *L'auto-infection, la localisation sur l'œil par le traumatisme d'une infection générale.* — Quelques rares observations en démontrent la possibilité. Tel le cas de Wopfner, où, quatre jours après l'opération de la cataracte, se déclara une pneumonie mortelle avec panophtalmie métastatique de l'œil opéré, due au pneumo-bacille de Friedländer. Ce sont là des conditions anormales, trop différentes des cas observés habituellement. Ces faits exceptionnels sont cependant une indication pour rechercher si dans les infections chroniques, en particulier dans les plus banales, la syphilis et la tuberculose, le traumatisme opératoire n'est pas capable de provoquer de même une métastase oculaire. Cette question ne paraît pas avoir été spécialement étudiée dans les statistiques ; mais le nombre des interventions oculaires sur des sujets syphilitiques ou tuberculeux et leurs résultats permettent de se convaincre que, si cette étiologie est logiquement admissible, elle doit être d'une extrême rareté. Elle ne serait d'ailleurs à retenir que lorsque la complication se produit peu de temps après le traumatisme ;

3° *L'inoculation opératoire par des germes inconnus à incubation longue.* — M. Morax a émis cette hypothèse, et voici ce qu'il disait au Congrès international de Budapest, en 1909 :

« Puisque ni l'hypothèse d'une infection par des saprophytes, ni celle d'une introduction de spores microbiennes ne sauraient nous fournir une interprétation convenable de ce type d'infection post-opératoire, nous sommes amené à penser qu'il s'agit d'infections spéciales dont les symptômes ne se manifestent qu'après une période de latence, inhérente au caractère de végétabilité des microbes : ne savons-nous pas qu'entre le jour où nous inoculons le tréponème de la syphilis et l'apparition des premières réactions macroscopiques de la peau, il s'écoule un minimum de douze jours chez l'homme et quinze jours chez le Chimpanzé ?

De même, lorsque nous introduisons sous la peau du cobaye des cultures de bacille tuberculeux ou des produits contenant des bacilles de Koch, la formation du nodule induré ne se produit guère avant le quatrième, le cinquième ou le sixième jour. Axenfeld suppose précisément que les agents microbiens inconnus de ces infections tardives, ainsi que ceux de l'ophtalmie sympathique, ont de grandes analogies avec les microorganismes du groupe de la tuberculose.

Ces microorganismes offrent peut-être une plus grande résistance à nos moyens d'aseptisation du sac conjonctival que les pyogènes ordinaires. Ainsi

s'expliquerait la répétition possible des mêmes complications chez un même sujet, à l'occasion d'opérations successives.

Cette intéressante hypothèse de M. Morax, qui n'a pas pu encore être vérifiée, appelle de nouvelles recherches ;

4° *L'infection d'origine externe par une cicatrice fistuleuse.* — Cette cause des irido-cyclites tardives, parfaitement établie, est de beaucoup la plus fréquente.

Le rôle des cicatrices vicieuses dans la genèse des inflammations intra-oculaires, soupçonné par Swanzy, en 1871, et puis par Leber, a été nettement démontré et précisé par les importantes recherches anatomiques et bactériologiques de Wagenmann, confirmées depuis par d'autres auteurs (Berka, Duverger). L'interposition entre les lèvres de la plaie sclérale ou cornéenne d'un fragment, même minime, de tissu étranger (iris, capsule, membrane de Descemet) empêche à ce niveau la coaptation cicatricielle régulière de la paroi oculaire et de son revêtement épithélial. Ainsi se trouve créé dans l'épaisseur de la cicatrice un trajet formé d'éléments anormaux et perméables aux microorganismes, qui, à travers cette brèche de la paroi, peuvent, de la surface conjonctivale, envahir l'intérieur de l'œil. Dans la majorité des cas, Wagenmann a réussi de montrer dans ce trajet et au niveau de son orifice externe, la présence de microbes qui ont envahi ensuite les parties profondes de l'œil.

Nombre de cas sont méconnus, l'ulcération pouvant être minime et reconnue seulement à l'examen microscopique par des séries de coupes successives. Dans deux de nos observations, on n'a pu constater à la loupe aucune déhiscence de la cicatrice, mais en faisant l'avivement, on a trouvé une dépression très nette, une lacune dans le tissu cornéen.

La fistulisation est la cause la plus fréquente des irido-cyclites tardives à la suite de l'opération de la cataracte et la seule que nous ayons en vue.

Nous nous occuperons surtout de la pathogénie et de la thérapeutique des irido-choroïdites par cicatrisation vicieuse.

Ce qui est vrai pour les cicatrices opératoires (cataracte), l'est aussi pour les plaies accidentelles ayant comme cause une cicatrice vicieuse du même genre.

FORMES CLINIQUES

Avec M. Duverger, nous distinguerons trois formes cliniques :

1^o FORME PURULENTE

Quatre à cinq jours après l'opération, mais quelquefois dans les mois qui la suivent, brusquement, en quelques heures, après des prodromes insignifiants, le malade présente de l'injection conjonctivale et périkératique, un trouble visuel et des douleurs violentes qui augmentent le soir et empêchent le malade de dormir. Au bord libre de la paupière supérieure, on remarque de l'œdème qui gagne son bord adhérent et la paupière inférieure.

La cornée est trouble, de même que l'humeur aqueuse; un hypopyon jaunâtre apparaît, se continuant avec les masses purulentes qui encombrent la pupille. Celle-ci est attirée en haut, irrégulière, grâce aux synéchies postérieures, mais ces adhérences ne sont pas nombreuses dans l'iritis purulente. L'iris décoloré est insensible à la lumière.

Les milieux profonds sont inéclairables; la vision

a disparu ou il reste une vague perception lumineuse. On note une légère élévation de la température.

Ces phénomènes peuvent évoluer vers la guérison et n'entraîner qu'une faible diminution de l'acuité visuelle, mais ce cas est rare. D'autres fois, l'infection restant encore limitée au segment antérieur, entraîne une destruction complète de la cornée; la guérison survient lentement, mais aux prix de la perte fonctionnelle de l'œil.

Le plus souvent, l'infection se termine par la suppuration totale du globe oculaire, et l'on se trouve en présence du tableau habituel de la panophtalmie, qui aboutit à l'atrophie ou à la perforation de la coque oculaire.

2° FORME PLASTIQUE MALIGNE

L'allure insidieuse et le retentissement sur l'autre œil, augmentent le danger de cette forme.

Peu à peu le globe oculaire rougit, le limbe est injecté, l'œil larmoie et la paupière supérieure s'œdématie. La vision diminue et, au pourtour de l'orbite, dans la région frontale, temporale, siègent des douleurs tolérables, qui prennent quelquefois le type hémicranien et s'irradient jusqu'à l'occiput.

Ces symptômes augmentent progressivement; le larmolement devient très abondant, l'injection péri-kératique très accentuée; le malade présente de la **photophobie**, et une

A l'éclairage oblique, on observe un pointillé blanc ou brunâtre sur la face postérieure de la cornée. La forme de ce pointillé est triangulaire, à base inférieure et sommet supérieur, répondant au centre de la pupille ; les grains les plus fins sont les plus élevés.

L'humeur aqueuse est légèrement trouble ; l'hypopyon peu élevé, mais les plus importantes modifications sont du côté de l'iris et de la pupille.

L'iris, insensible à la lumière, est flou, verdâtre ou feuille morte. La pupille, rétrécie, malgré l'atropine à forte dose, est attirée en haut, vers la partie supérieure de la cornée, par une fausse membrane, formée aux dépens des masses cristalliniennes. De plus, elle est déformée par suite du tiraillement provoqué par l'enclavement partiel. Cette déformation, comme le remarque M. le professeur de Lapersonne, en est un signe révélateur, qui peut être constaté lorsque le pincement n'est pas distinctement et directement visible.

L'acuité visuelle baisse vite ; la projection, d'abord bonne, disparaît souvent dans tout un secteur du champ visuel, preuve que la rétine est partiellement décollée.

Le tonus s'abaisse. Les douleurs surviennent la nuit surtout, par crises paroxystiques et s'irradient dans la sphère du trijumeau.

Non traitée, la maladie évolue vers l'atrophie du globe. Souvent, au bout de quelques jours ou quelques semaines, on remarque l'inflammation de

l'autre œil, c'est *l'ophtalmie sympathique*. Les phénomènes vont évoluer comme dans l'œil opéré.

3^o FORME BÉNIGNE

Le début de cette forme ressemble à celui de la forme plastique, mais au bout de deux à trois jours les différences s'accusent et les signes s'atténuent.

L'acuité visuelle diminue, mais la projection est bonne et le tonus peu modifié.

A mesure que la maladie évolue, les différences s'accroissent davantage, et l'on peut bientôt porter un pronostic favorable. Toutefois on remarque dans certains cas que cette forme peut se compliquer de glaucome secondaire.

Enfin, quelquefois l'irido-choroïdite bénigne peut être à rechutes ou à réviviscences.

Ulbrich en a donné des exemples bien nets.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Des 12 cas examinés anatomiquement par Wagenmann, quatre fois seulement, il s'agissait d'yeux atteints d'irido-cyclite à la suite de l'opération de la cataracte.

Dans un de ces cas, une infiltration purulente du corps vitré est survenue, spontanément, trois ans après l'opération. La cicatrice était infiltrée de pus et épaissie ; une traînée purulente s'étendait de sa limite inférieure jusqu'au bord pupillaire de l'iris. Le corps vitré était infiltré de pus ; des filaments de pus le traversaient pour aller se terminer au niveau de la rétine. La chambre antérieure, peu profonde, était remplie d'exsudat purulent.

A l'examen microscopique, on remarque que l'infiltration de la cicatrice est plus prononcée du côté interne. A ce niveau se trouve une ulcération à fond nécrotique qui se prolonge dans l'intérieur de la cicatrice. La capsule s'enclave à ce niveau dans son intérieur, et, en pratiquant des coupes successives, on constate les rapports entre la capsule et

l'ulcération: là, où l'ulcération est plus large et plus profonde, la capsule atteint la surface, et, à ce niveau, l'abondance du pus est maxima. Latéralement, l'iris adhère aux bords de la cicatrice et fait corps avec elle, surtout du côté interne, où il pénètre dans son intérieur, sans toutefois atteindre la surface de cette cicatrice. La cornée et l'iris sont épaissis. Les vaisseaux sont dilatés. Dans les parties latérales on trouve des adhérences entre l'iris et les masses cristalliniennes. Partout on rencontre du pus. Les corps ciliaires, la choroïde, le vitré et la rétine sont épaissis, inflammés; on y trouve le même pus qu'au niveau de l'ulcération.

Dans ce cas, la fistule avait son orifice externe situé au niveau du bord interne de la cicatrice, endroit où se trouvait l'ulcération, et elle a été produite par l'enclavement capsulaire. Dans son trajet, jusque dans le corps vitré et la rétine, Wagenmann a pu constater la présence d'un microbe, qui avait grande analogie avec le staphylocoque blanc. Deux cultures sur trois ont été positives. Dans les vaisseaux on n'a pas pu constater la présence de micro-organismes.

Dans d'autres cas, la fistule est produite par une hernie de l'iris. Cet organe s'enclave entre la lèvre cornéenne et la lèvre sclérale du pertuis formé dans la cicatrice, et, après s'être accolé à la face postérieure de la cornée, il vient affleurer à la surface. Le tout forme un prolapsus staphylomateux dans lequel le tissu irien perd la netteté de sa structure.

Dans un autre cas de Wagenmann, il s'agit d'une femme opérée, en décembre 1888, de cataracte de l'œil gauche. Cinq mois après, elle présente une inflammation subaiguë de cet œil avec irido-cyclite sympathique de l'œil droit. L'examen anatomique de l'œil gauche, énucléé, permet de voir que le bulbe montre une dépression de la cicatrice, présentant une strie jaunâtre dans sa moitié interne ; plus loin, un enfoncement scléral sous le tendon du droit externe ; il est peu diminué de volume.

Des coupes verticales montrent la cornée particulièrement épaissie vers la cicatrice. Dans ses plans profonds, tout contre la cicatrice, on remarque un petit espace creux, kystique, d'un demi-millimètre de grandeur. Les bords de la plaie sont si disjoints, que le bord inférieur de la cornée est venu reposer sur la face externe du bord supérieur scléral. La section est guérie sans substance interposée, mais elle paraît infiltrée. La chambre antérieure est remplie de substance albuminoïde. L'iris est résistant ; dans le colobome se trouve une bande de tissu noirâtre s'étendant du bord pupillaire à la cicatrice. Le corps ciliaire, épaissi, est détaché de son adhérence normale et plus en haut qu'en bas. Le corps vitré, blanchâtre, coagulé, non infiltré en apparence, décolle la rétine dans la région équatoriale. La choroïde et la rétine sont épaissies.

Au microscope, on voit une cornée épaisse, non infiltrée. L'iris est détaché de son insertion ciliaire et envoie seulement du côté externe, quelques fais-

ceaux vers la limite de la cicatrice. La membrane de Descemet est décollée et logée dans la plaie opératoire entre la lèvre cornéenne et la lèvre sclérale, si bien qu'elle atteint presque l'épithélium superficiel. Un de ses plis, situé à l'angle interne de la cicatrice, est fixé en face d'une membrane épaisse, formée par le tissu cicatriciel, et contribue à former avec lui un espace creux, véritable kyste rempli de substance albuminoïde, qui communique avec la chambre antérieure. L'endothélium de Descemet se continue dans la chambre antérieure, son tissu est fissuré et à cet endroit on remarque la présence d'une infiltration purulente.

Des microbes ont été trouvés au niveau de l'angle externe de la cicatrice, à l'intérieur de l'œil, mais surtout au niveau de l'angle interne de la cicatrice et se continuant jusque dans son épaisseur. Pas de microbes dans le vitré ni sur la rétine.

Ces microbes n'ont pas été cultivés, mais l'auteur pense qu'il ne s'agit d'aucune des variétés connues de staphylocoques.

Dans le cas de Berka, il y avait au niveau de la cicatrice une solution de continuité de l'épithélium, ayant la forme d'une languette, visible seulement au microscope. Les bords de cette petite fente étaient irréguliers, sa lèvre inférieure se repliait au-dessous de la lèvre supérieure en s'avancant dans le tissu conjonctif, de telle sorte que la fente paraissait encore plus étroite qu'elle était en réalité. Par des séries de coupes successives de 25 μ

on est arrivé à déterminer la longueur de la fente, qui ne dépassait pas $3/4$ de millimètre.

Mais ces cas sont très rares et, en pratique, on n'a à considérer que les seuls faits où il existe un véritable prolapsus.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La question de l'étiologie de l'inflammation irido-choroïdienne à forme suppurative est résolue maintenant. Wagenmann, le premier, a montré que c'est au niveau de la cicatrice que se trouve le point de l'inflammation et dans la majorité des cas, il y a trouvé des germes microbiens. Le plus souvent, il s'agit de staphylocoques, pneumocoques ou de streptocoques ; dans le cas de Ulbrich on aurait eu affaire au *Bacillus subtilis*.

Au contraire, on n'a pas pu démontrer jusqu'ici quels sont les agents infectieux qui produisent les irido-cyclites plus ou moins atténuées.

Le rôle des enclavements et de la fistulisation dans la genèse des inflammations irido-choroïdiennes tardives est indiscutablement établi par les examens microscopiques et surtout par les résultats thérapeutiques qui se déduisent de nos observations. Mais pour que l'infection se produise, il faut qu'il y ait en même temps dans le sac conjonctival des microbes pathogènes, capables de glisser par l'orifice entr'ouvert pour gagner la chambre antérieure, l'iris

et le corps ciliaire et donner une irido-cyclite purulente, sympathique ou atténuée.

Le nombre des prolapsus iriens à la suite d'opérations sur le segment antérieur et, en particulier, à la suite de celle de la cataracte étant très élevé, il semble anormal que cette complication ne soit pas plus fréquente.

Notre maître, M. Dupuy-Dutemps explique cette anomalie de la façon suivante :

La condition essentielle de la perméabilité de la cicatrice est le défaut de recouvrement par l'épithélium protecteur au niveau de l'enclavement, c'est-à-dire qu'il est nécessaire que le tissu interposé, traversant toute l'épaisseur de la paroi, y compris la couche épithéliale, vienne affleurer à la surface. Cette déhiscence de l'épithélium se retrouve, en effet, au microscope dans tous les cas suivis d'examen anatomo-pathologique.

M. Duverger pense, au contraire, qu'il peut y avoir fistulisation de la plaie sans que le tissu interposé, iris ou capsule, affleure à la face externe de la cicatrice : le pincement, l'accoudement de l'iris présenterait les mêmes dangers que la hernie véritable. Cette hypothèse fondée sur un seul cas personnel où l'examen anatomique n'a pas révélé de solution de continuité dans l'épithélium, ne paraît pas devoir être acceptée, et pour les deux raisons suivantes :

1° Il est très difficile de s'assurer s'il n'y a pas réellement des parties déformées de l'épithélium protecteur. Les coupes peuvent ne pas passer

exactement par la solution de continuité de cet épithélium ; dans certains cas, elle est minime et il faut des coupes régulièrement suivies (de 25 μ dans le cas de Berka), pour la découvrir ;

2° L'efficacité de l'opération, qui, sans changer rien à l'adhérence irienne ou capsulaire dans la profondeur, amène la guérison par le recouvrement épithélial *seul*, permet de penser que l'infection oculaire est bien due à une fistule, à une déhiscence de la membrane de recouvrement.

L'iris, tissu vivant, vasculaire, capable de réagir et de s'adapter, prend part au processus de défense et de cicatrisation. Sa partie prolabée, même étendue, se recouvre d'un revêtement épithélial, dont elle peut assurer la nutrition et qui lui constitue une protection efficace. C'est ainsi que l'on voit d'habitude à la surface des hernies iriennes, petites ou grosses, le reflet brillant que donne une couche épithéliale lisse et continue ; et que la teinte noire de la hernie apparaît atténuée, voilée par cette mince membrane de recouvrement.

Mais que, par exception, peut-être par suite d'un enclavement simultané et masqué de la capsule, cette cicatrisation épithéliale habituelle soit empêchée, la porte restera ouverte à l'infection.

D'autre part, longtemps après la réparation complète et normale, une érosion pourra aisément se produire dans cette fragile barrière épithéliale, à l'occasion d'un faible traumatisme ou d'une légère

conjonctivite; et ainsi se développera une irido-cyclite tardive après des mois et des années.

Dans certains de ces cas, soit spontanément (infection atténuée), soit sous l'influence de moyens propres à diminuer l'état septique de la surface conjonctivale, l'épithélium desquamé pourra se réparer, comme dans une ulcération cornéenne qui guérit, et fermer de nouveau le trajet momentanément ouvert.

Ainsi s'expliquent certaines irido-cyclites post-opératoires bénignes, et aussi ces irido-choroïdites purulentes légères à rechutes ou à réviviscences, telles qu'on en observe, compliquant les leucomes adhérents, et tels que les cas cités par Goldzieher et par Ulbrich, à la suite de l'opération de la cataracte.

Il n'en est pas de même pour le prolapsus capsulaire, certainement beaucoup plus rare, mais plus constamment grave que celui de l'iris. Dans les deux seuls cas que nous ayons observés (obs. II et IV), il a entraîné des accidents sérieux et précoces. Les fistules qui en résultent doivent être en effet durables, sans tendance à se fermer.

Contrairement à l'iris, la capsule est un tissu inerte, non vasculaire et qui ne se résorbe pas, comme le montre la permanence des cataractes secondaires. Elle est dans la cicatrice comme un corps étranger inorganique qui persistera indéfiniment. Dépourvue de vitalité et des propriétés pouvant assurer la formation et la nutrition d'une membrane épithéliale, sa partie herniée restera à nu dans

un trou de l'épithélium qui ne saurait se combler.

On conçoit donc comment la hernie irienne se complique si rarement et parfois tardivement, tandis qu'une fistule par prolapsus capsulaire s'infecte fatalement et à bref délai.

A côté de ces modes habituels de fistulisation de la cicatrice, on doit considérer aussi l'inocclusion seulement temporaire, due à l'engagement dans la plaie de masses cristalliniennes dont l'expulsion n'a pu être complète en raison de leur transparence et de leur viscosité. Quoique les lèvres de la plaie soient entrebâillées, la substance cristallinienne, qui comble leur intervalle, retient l'humeur aqueuse ; ce qui permet à la chambre antérieure de se reformer. La cicatrisation spontanée et régulière de la plaie se produit assez rapidement en une semaine, deux au plus, par suite de la résorption normale, physiologique des masses interposées.

Mais, pendant la courte durée de cette interposition, l'œil se trouvera exposé à une infection exogène, qui ne pourra d'ailleurs se réaliser que s'il existe précisément à ce moment à la surface conjonctivale des germes pathogènes, circonstance sans doute rare durant les premiers jours qui suivent une intervention aseptique. L'irido-cyclite, développée dans ces conditions, restera en général bénigne, à moins d'une virulence exceptionnelle de l'agent infectieux, puisque la cicatrisation, seulement retardée, aboutira d'elle-même dans un délai relativement court, à la fermeture complète de la coque oculaire.

Certaines irido-choroïdites tardives bénignes, guérissant spontanément et ne récidivant pas, paraissent relever de ce processus.

Dans la plupart de ces cas, l'occlusion chirurgicale de la plaie serra donc superflue ; mais elle serait indiquée cependant ainsi que la destruction par le cautère des masses interposées, si la lenteur de la résorption entraînait une infection menaçante par sa durée ou son intensité.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'on se trouve en présence d'une irido-cyclite tardive par fistulisation, il y a deux diagnostics à faire : celui de l'irido-cyclite d'abord, et celui de la fistule ensuite.

a) Le premier est facile, les signes de l'irido-cyclite sont trop nets pour qu'elle puisse être méconnue. L'œdème des paupières, l'injection périkeratique, le larmolement sans sécrétion conjonctivale, les douleurs s'exagérant par la pression et les mouvements de l'œil, le changement de couleur de l'iris, sa mauvaise réaction à l'atropine, les troubles de la vision, les exsudats pupillaires, l'hypopyon, l'hypotonie habituelle, sont les signes cardinaux de l'affection. Quelquefois on peut remarquer, d'une façon précoce, le trouble vitréen surtout au voisinage de la cicatrice.

La cornée reste claire jusqu'à un stade avancé de la maladie, les lèvres de la plaie ne suppurent pas comme dans le cas des infections opératoires primitives.

b) Dans les prolapsus importants de l'iris ou de la capsule, le diagnostic de la fistulisation est aisé, l'ulcération est facile à apercevoir à l'un des bords

de la cicatrice, le plus souvent ; autour de l'orifice fistuleux, il existe une légère infiltration.

Au contraire, dans d'autres cas, la perte de substance sera si légère, que même l'observateur prévenu ne pourra pas reconnaître le moindre pertuis sur la cicatrice en apparence parfaitement régulière. Souvent, dans ces conditions, l'origine exogène de l'infection a été méconnue, l'inflammation a été attribuée à une cause interne, et l'examen microscopique fait après énucléation de l'œil a démontré la présence de la fistule.

Pour éviter cet écueil, notre maître, M. Dupuy-Dutemps, conseille de rechercher les signes suivants :

a) Érosion, solution de continuité de l'épithélium sur la ligne de cicatrice, avec ou sans dépression visible (signe pouvant manquer, obs. IV) ;

b) Filament flottant partant de la cicatrice (obs. II) ;

c) Fins vaisseaux superficiels du limbe plongeant brusquement dans la cicatrice qu'ils traversent de part en part pour pénétrer dans la chambre antérieure, où tantôt ils disparaissent cachés par le limbe, tantôt se poursuivent visiblement dans l'iris ou les exsudats ;

d) Maximum de la vascularisation conjonctivale et épisclérale au niveau du trajet fistuleux, révélant en ce point un foyer inflammatoire spécial et local ;

e) Douleur au contact, plus vive précisément au même point ;

f) Infiltration cornéenne, souvent légère, exclusi-

vement localisée ou plus intense au pourtour du pertuis présumé ;

g) Pour l'iris, le diagnostic d'un prolapsus, même très petit, sera facilité par la déformation pupillaire qu'il entraîne, comme l'a montré M. le professeur de Lapersonne. La coloration propre du tissu tranche nettement, marquant sur la ligne cicatricielle un point pigmenté, mat, lorsqu'il n'est pas recouvert par l'épithélium.

Recherchés à la loupe, à l'aide de l'éclairage oblique, ces signes seront utiles pour découvrir une fistulisation par pincement d'un débris de capsule, dans le cas où il s'agit d'un mince pellicule qui échappe aisément à l'examen.

Enfin, rarement, on découvrira de cette façon un fragment de membrane de Descemet.

TRAITEMENT

Les connaissances acquises sur le mécanisme pathogénique des irido-choroïdites post-traumatiques tardives, conduisent à une thérapeutique rationnelle et efficace : l'occlusion du pertuis par une autoplastie conjonctivale, assurant une protection réelle et définitive contre la pénétration des germes venus du dehors.

C'est à Meyer et Kuhnt qu'en revient le mérite. Déjà, sans doute, avant eux, la mobilisation de lambeaux de la muqueuse avait été pratiquée pour obtenir une meilleure coaptation des vastes plaies sclérales ou cornéennes récentes et les garantir de l'infection. Mais leur idée neuve et originale a été d'employer ce procédé pour le traitement des plaies déjà infectées par les germes conjonctivaux des inflammations intra-oculaires déjà déclarées.

Meyer en a posé, en 1892, les indications très précises. Rohmer, en 1897, confirme les conclusions de Meyer.

En 1898, Kuhnt, résumant sa pratique de quatorze ans, dit que les prolapsus de l'iris, les fistules de la cornée et les infections post-opératoires tirent

également grand bénéfice du recouvrement conjonctival. Un an après, le même auteur publie un cas d'infection tardive purulente après une opération de cataracte avec iridectomie, survenue le septième jour. Kératoplastie avec un lambeau conjonctival; guérison avec acuité de 0,3.

Abadie communique, en 1903, l'observation d'une opérée de cataracte avec iridectomie, chez laquelle, sept mois après l'intervention, se développa une irido-cyclite subaiguë avec ophtalmie sympathique chronique de l'autre œil. La cautérisation d'un petit pertuis cornéen, sur la ligne de cicatrice, n'amena pas d'amélioration et l'énucléation allait être faite, lorsque, sur les conseils de de Wecker, il pratiqua, avant d'y recourir, l'occlusion par autoplastie conjonctivale. L'amélioration fut rapide; l'ophtalmie sympathique guérit et les deux yeux furent conservés.

Enfin, Goldzieher rapporte, en 1909, un cas d'irido-cyclite à rechutes avec hypopyon ayant débuté cinq mois après l'opération de la cataracte. Il existait un petit kyste de la cicatrice qui ne fut découvert qu'au moment de la récurrence. L'autoplastie conjonctivale amena la guérison définitive.

Le procédé de Meyer consiste à tailler dans le voisinage un lambeau conjonctival pédiculé et à le transporter sur la cicatrice, après avoir dénudé la sclérotique tout autour sur une largeur de quelques millimètres. Ce lambeau, largement disséqué, est alors fixé par un nombre suffisant de sutures pour le maintenir en place.

La suture en bourse de de Wecker, préconisée par Rohmer, est employée surtout dans le cas de larges blessures de la cornée. De Wecker détache la conjonctive tout autour de la cornée en y laissant adhérer, autant que possible, le tissu sous-conjonctival, pour former une calotte, qu'il réunit ensuite soit par une suture en bourse, soit par 4 à 6 sutures verticales.

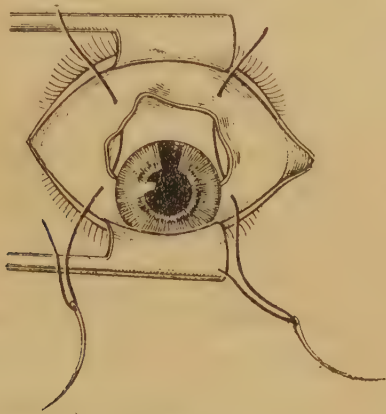


FIG. 1

Mais, ces procédés, comme les grands lambeaux en pont et les divers procédés imaginés pour fermer de larges plaies cornéennes, qui siègent près du centre, sont ici inutiles.

Le siège de l'orifice de la fistule, après l'opération de la cataracte, se trouve sur le limbe, au voisinage immédiat de la conjonctive et il suffit de déplacer très légèrement la muqueuse, de la glisser simplement pour assurer un bon recouvrement.

C'est ce que notre maître, M. Dupuy-Dutemps, a fait dans les 7 cas que nous publierons.

Voici la technique de son procédé opératoire :

Anesthésie locale : cocaïne et adrénaline. Si l'œil est vivement enflammé, la narcose générale sera préférable chez certains sujets, car l'opération, même rapidement conduite, peut être, dans ces cas, très douloureuse. La conjonctive est détachée aux ciseaux au ras du limbe sur une étendue correspondant au tiers ou à la moitié de la circonférence cornéenne, selon l'importance du recouvrement. Elle est largement disséquée, détachée de ses adhérences avec le globe loin en arrière, au moins jusqu'à 1 centimètre de distance du bord cornéen. Au voisinage du cul-de-sac supérieur, on pratique en quelques coups de ciseaux une libération *superficielle* de la conjonctive, nécessaire sur certains yeux pour permettre la mobilisation sans tiraillement. Deux fils à strabisme, passés dans les lambeaux, viennent traverser en bas, pour y prendre appui, la conjonctive adhérente au voisinage du limbe de part et d'autre du diamètre horizontal de la cornée (V. ci-dessus fig. 1).

Avivement par raclage avec un petit bistouri, du point fistuleux et des parties voisines, de façon à enlever l'épithélium cornéen et l'épithélium de la mince bande conjonctivale qui, au voisinage du limbe, a échappé aux ciseaux.

Cautérisation plus ou moins profonde au galvano-cautère du trajet fistuleux, avec ou sans ouverture de la chambre antérieure. Cette cautérisation, continuée superficiellement sur le pourtour du pertuis, complète et assure l'avivement.

Il suffit alors de serrer les deux fils pour amener par glissement la conjonctive mobilisée sur la cornée, dont elle recouvrira environ le tiers supérieur.

Il est nécessaire, en effet, pour assurer une bonne adhérence, que le lambeau dépasse largement la surface à recouvrir. La conjonctive se rétracte d'ailleurs rapidement, ne faisant prise que sur la portée avivée à laquelle elle reste définitivement fixée.

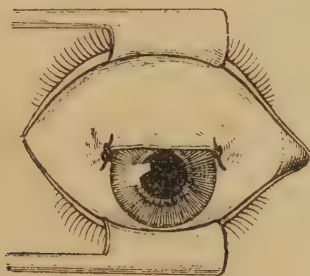


FIG. 2

Les fils peuvent être enlevés dès le cinquième jour.

Ce qui frappe surtout, lorsqu'on lit les observations que nous publions, c'est que, immédiatement après l'opération, le soir même, au plus tard le lendemain, les douleurs se calment pour cesser bientôt après. L'opération paraît agir à la manière d'un anesthésique idéal. Les symptômes inflammatoires disparaissent peu à peu ; l'hypopyon, d'abord réduit, se résorbe plus ou moins vite pour disparaître enfin. Bref, l'amélioration est régulièrement progressive, jusqu'à ce que les malades arrivent à la guérison.

L'introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure, employée en Allemagne, est un procédé sans valeur et peut être même nuisible.

Les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure ou de sublimé peuvent être employées à titre d'adjuvants, dont on pourra se passer.

La cautérisation au galvano-cautère du trajet infecté peut suffire à enrayer le processus, parce qu'elle s'attaque à la cause du mal ; la destruction du tissu interposé permet, en effet, la formation ultérieure d'une cicatrice régulière. Mais ce moyen, qui a donné des succès dans plusieurs cas est parfois insuffisant et même dangereux. Si la destruction de la fistule est incomplète, l'infection se poursuit et peut se reproduire à brève échéance. Trousseau cite des cas où l'emploi du galvano-cautère, pour réduire des hernies de l'iris post-opératoires, a déterminé l'éclosion d'une ophtalmie sympathique.

L'autoplastie conjonctivale apparaît comme le traitement de choix des irido-cyclites par fistulisation de la cicatrice ; elle répond complètement aux indications fournies par la pathogénie de ces affections. La cautérisation stérilise le trajet infecté et le revêtement conjonctival l'oblitére, s'opposant ainsi *immédiatement* à un nouvel envahissement microbien. Les tissus oculaires sont ainsi protégés contre l'apport continu de germes infectieux et peuvent, par leurs propres moyens, se défendre et triompher de l'invasion microbienne.

Quelle que soit la gravité du cas, s'il persiste encore de la sensibilité à la lumière, l'autoplastie conjonctivale doit être tentée. Les succès obtenus dans nos observations plaident en faveur d'une intervention hâtée, même dans les formes purulentes graves, à marche rapide.

Même dans les cas douteux, lorsque la fistulisation n'est pas cliniquement démontrée, il y a intérêt à l'appliquer, pour ne pas s'exposer à une aggravation irrémédiable, si le traitement général n'amène pas rapidement une amélioration nette.

Aucun des procédés usuels d'opération de la cataracte ne permet d'éviter sûrement la formation d'une cicatrice fistuleuse. Si dans l'extraction simple le prolapsus de l'iris est certainement plus fréquent, l'extraction combinée, en revanche, paraît devoir favoriser davantage l'enclavement capsulaire. Que l'iridectomie ait été faite ou non, les risques de prolapsus capsulaires ou vitréens sont les mêmes dans l'extraction de la cataracte secondaire ; la simple discision de la membranule, souvent moins efficace au point de vue optique, y expose beaucoup moins. La taille d'un lambeau conjonctival n'empêche pas l'enclavement dans les angles, le plus fréquent. M. Vacher défend le procédé du pont conjonctival de Desmarres ; il a opéré, jusqu'en juin 1911, plus de 700 cataractes avec cette méthode et n'a eu que deux hernies de l'iris.

Quant au procédé de Czermak (extraction entière-

ment sous-conjonctivale), qui paraît avoir certains avantages, les inconvénients d'exécution en font un procédé d'exception, utilisé surtout en cas de conjonctive infectée pour mettre à l'abri la plaie opératoire.

Nous terminerons en disant quelques mots de l'application du procédé de M. Dupuy-Dutemps à l'opération de la cataracte, pour prévenir la fistulisation et l'infection de l'œil.

Van Lint, le premier, s'est déclaré partisan de ce procédé opératoire, en juin 1911. Puis M. Constantinesco (de Bucarest) fait, le 23 novembre 1911, une extraction de cataracte avec autoplastie conjonctivale sur un œil atteint de blépharo-conjonctivite chronique. Nous publions cette observation *in extenso*, c'est une preuve de plus à l'appui de l'efficacité du recouvrement conjonctival, dans la lutte de l'œil contre les infections extérieures.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. Dupuy-Dutemps.)

Irido-cyclite plastique tardive après extraction de cataracte.

— *Ophthalmie sympathique légère. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison de l'ophtalmie sympathique et disparition définitive de toute inflammation sur l'œil opéré.*

M^{lle} X..., cinquante-sept ans, est opérée par un de nos confrères de cataracte de l'œil gauche, sans iridectomie. Quelques jours après, l'œil opéré devient douloureux et injecté ; au bout de deux semaines, la vision de l'autre œil, non cataracté, commence à se troubler.

Je vois la malade en août 1907, un mois après l'intervention. L'œil opéré présente des signes d'une irido-cyclite plastique sans épanchement purulent : pas d'œdème conjonctival. injection périkeratique vive, chambre antérieure très réduite, iris décoloré et aminci ; la pupille, attirée en haut vers la cicatrice, est oblitérée par des exsudats ; l'hypotonie est très accusée ; tendance à l'atrophie du globe. L'organe est très douloureux spontanément et à la pression. V = simple perception lumineuse.

A chacune des extrémités de la cicatrice, l'examen attentif

à la loupe fait voir un enclavement de l'iris dans les angles. Le tissu irien, affleurant la surface cornéenne, y forme un point noir, mat, manifestement dépourvu d'épithélium dont le reflet brillant manque à ce niveau. L'injection périkératique profonde est plus intense en regard de la cicatrice d'où partent en divergeant des vaisseaux conjonctivaux volumineux et tortueux. On voit, en outre, de fins vaisseaux superficiels pénétrer dans la cicatrice, la traverser et se continuer à l'intérieur de l'œil dans l'exsudat pseudo-membraneux qui occupe la pupille.

L'œil droit présente une légère injection périkératique; l'iris est enflammé avec quelques synéchies et des dépôts sur la cristalloïde; le corps vitré est le siège d'un trouble diffus. Pas de douleurs. Tension voisine de la normale. L'acuité visuelle est réduite à $1/4$.

Rien de spécial dans les antécédents.

Il s'agissait évidemment d'une infection chronique de l'œil opéré par les deux points fistuleux de la cicatrice, ayant déterminé secondairement sur l'autre œil une ophtalmie sympathique à marche lente.

L'énucléation de l'œil sympathisant était, en l'espèce, la conduite la plus prudente à tenir. Mais, en présence de la résistance de la malade et de la forme lente, relativement bénigne de l'ophtalmie sympathique, déclarée depuis deux semaines, jeme décidais à tenter d'abord l'occlusion de la cicatrice vicieuse par une autoplastie conjonctivale, me réservant de pratiquer l'énucléation sans autre délai, s'il ne se produisait pas d'amélioration.

L'opération, faite le 16 août 1907, avec anesthésie locale

(cocaïne, adrénaline), fut particulièrement douloureuse en raison de l'inflammation ancienne et vive de l'organe.

Des trictions hydrargyriques, commencées à ce moment, ne furent continuées que pendant quelques jours.

Dès le surlendemain, les douleurs spontanées sont beaucoup moindres et la malade se déclare très soulagée.

Huit jours après, les fils conjonctivaux sont enlevés; le lambeau qui s'est rétracté, comme il est de règle, est parfaitement adhérent. Les douleurs ont disparu complètement. L'injection périkeratique est beaucoup moindre. L'acuité visuelle de l'œil droit s'est élevée à $1/3$.

14 septembre 1907. — O. G. : la conjonctive est bien adhérente à la cicatrice et la recouvre complètement. Aucune douleur spontanée ou à la pression. La tension se relève. Bonne projection lumineuse. O. D. : l'injection périkeratique a disparu; l'iritis est enrayée. Le corps vitré s'éclaircit. $V = 1/3$.

18 septembre 1907. — Œil droit. $V = 1/2$.

2 octobre 1907. — La guérison paraît complète et définitive.

L'œil droit est normal, sauf quelques dépôts pigmentaires sur la cristalloïde. L'acuité est de deux tiers.

L'œil gauche ne présente aucune réaction; il est légèrement hypotone; la pupille a complètement disparu, attirée vers la cicatrice. La vision reste réduite à la simple perception lumineuse.

Une irido-capsulotomie, en donnant une pupille perméable, pourrait certainement améliorer l'acuité, mais dans une faible mesure et elle paraît superflue en raison de la bonne acuité de l'œil gauche.

La malade a été revue plusieurs fois ; depuis deux ans et demi, la guérison s'est maintenue sans la moindre tendance à la récurrence.

Mars 1912. — O. D. V = 2/3.

OBSERVATION II

(M. Dupuy-Dutemps.)

Irido-cyclite tardive à forme purulente grave après extraction de cataracte. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison.

M^{me} B..., soixante-dix-huit ans, déjà opérée sans incidents de l'œil droit.

Au mois de juin 1909, j'opère de cataracte l'œil gauche après iridectomie préalable faite plusieurs semaines auparavant. Lambeau conjonctival. Cataracte volumineuse, dure dont l'expulsion fut difficile.

Suites immédiates très simples : très peu de masses dans le champ pupillaire ; iris parfaitement réduit, sans trace de pincement, sans déformation du colobome opératoire.

Le seul fait anormal était une hypersécrétion lacrymale abondante que pouvait expliquer l'irritabilité habituelle et déjà constatée (iridectomie) de la conjonctive de cette malade.

Un mois environ après l'intervention, l'œil devient douloureux, la vision diminue, il se produit de l'œdème palpébral et une vive injection conjonctivale.

Je ne vis la malade que six jours après le début de ces

accidents. Les douleurs violentes troublent le sommeil; la cornée est légèrement floue et plus spécialement au niveau de la partie interne de la cicatrice; iris épaissi et verdâtre; hypopyon contenant un peu de sang, et occupant un tiers de la chambre antérieure; l'humeur aqueuse trouble tient en suspension des masses blanchâtres; vive injection périkeratique qui a son *maximum d'intensité au niveau de la partie interne de la cicatrice*. Hypotonie.

La plaie paraissait parfaitement coaptée; l'iris ne présentait aucune adhérence même périphérique avec la cornée.

Instruit par l'observation précédente, je recherchais plus attentivement à la loupe un défaut, une déhiscence de la cicatrice pouvant expliquer le développement de cette inflammation dont on ne trouvait aucune cause dans l'état général. Je puis voir ainsi au voisinage de l'extrémité interne de la cicatrice un petit filament blanchâtre, très ténu, émergeant de la plaie et flottant à la surface de la cornée. L'examen le plus attentif ne permettait pas de le suivre dans la chambre antérieure. Il s'agissait très vraisemblablement, cependant, d'un petit fragment de la capsule interposé entre les lèvres de la plaie, et qui se rattachait à une région de la capsule très périphérique et cachée par le limbe opaque. Le prolapsus d'une partie détaché de la membrane de Descemet, comme Wagenmann en a cité un exemple, serait aussi possible, mais me paraît moins probable.

Le seul moyen de conserver cet œil en imminence de panophtalmie, était l'autoplastie conjonctivale. Elle fut pratiquée immédiatement, sous anesthésie locale, après cautérisation

du trajet fistuleux dans toute son étendue. Intervention très douloureuse.

En faisant l'avivement avec un fin bistouri, je constatai au niveau du point d'implantation du filament *une dépression très nette, une lacune dans le tissu cornéen*. Il ne fut fait aucun traitement général.

Dès le lendemain, les douleurs étaient calmées. Trois jours après, la malade ne souffrait plus ; l'hypopyon était très réduit et remplacé par un épanchement sanguin.

Le cinquième jour, les fils étaient enlevés ; le lambeau bien appliqué et adhérent.

Au bout de huit jours, l'hypopyon avait totalement disparu, et l'hyphéma était réduit. Œdème disparu ; injection périkeratique très diminuée.

Le quinzième jour, la réaction inflammatoire a complètement disparu. La coloration de l'iris est encore altérée ; la pupille est rapetissée, attirée en haut et oblitérée par l'exsudat inflammatoire. La tension est normale. Perception lumineuse avec très bonne projection.

Après dix mois, la guérison s'est maintenue sans aucune tendance à la récédive. La tension est normale ; l'iris a repris depuis longtemps sa teinte naturelle.

La projection est parfaite. Une irido-capsulotomie pourra certainement, comme dans d'autres cas que nous verrons, donner une vision satisfaisante en créant une bonne pupille.

Octobre 1911.— Irido-capsulotomie (retardée pour raisons personnelles) ; pupille large et noire. Pas d'incidents.

Janvier 1912.— $V = 1/2$. Léger astigmatisme de 0,75 dioptries. Acuité légèrement *supérieure* à celle de l'œil droit opéré

antérieurement de cataracte sans irido-choroïdite post-opératoire.

OBSERVATION III

(M. Dupuy-Dutemps, *Fondation
Ophtalmologique Rothschild.*)

*Irido-cyclite tardive suppurée à la suite d'extraction de
cataracte secondaire. — Infection du corps vitré. —
Autoplastie conjonctivale. — Guérison.*

M. X..., soixante et un ans, opéré antérieurement de cataracte des deux yeux.

23 mars 1910.— Unemembranule persistante de l'œil droit est extraite aisément et entièrement par un confrère, après incision du limbe avec le couteau lancéolaire. Issue d'une goutte de corps vitré. Pupille noire, absolument libre.

Ni douleurs, ni réaction pendant les trois premiers jours. Le quatrième, légère douleur avec injection du globe.

Je vois le malade le sixième jour après l'opération. Douleurs violentes empêchant le sommeil ; larmoiement ; peu de gonflement des paupières ; cornée légèrement floue ; iris verdâtre ; hypopyon occupant un tiers de la chambre antérieure ; longues traînées opaques dans le corps vitré se rattachant en haut à la cicatrice. Forte hypotonie. V = perception lumineuse. On apercevait aisément quelques filaments vitréens sortant de la plaie cornéenne et flottant à la surface de la conjonctive.

L'origine exogène de l'infection par la plaie cornéenne était évidente.

Séance tenante, sous anesthésie locale, le petit prolapsus

du vitré est incisé, la plaie superficiellement cautérisée, sans ouverture de la chambre antérieure, et fermée par une autoplastie conjonctivale. Opération peu douloureuse.

Pas de traitement général.

Le soir même, les douleurs étaient apaisées. L'hypopyon, réduit de moitié le lendemain, avait presque disparu au bout de deux jours.

Depuis, l'amélioration, quoique régulièrement progressive, a été plus lente que dans les autres cas, probablement à cause de l'envahissement plus profond de l'infection, qui avait atteint le corps vitré.

L'œil est resté très longtemps hypotone et le corps vitré ne s'est éclairci que très lentement.

Un mois après l'intervention, il n'y a plus ni douleur, ni larmoiement; l'iris n'a pas encore sa teinte normale; il persiste une injection périkeratique insignifiante; la pupille, malgré l'atropine, est rétrécie, mais reste libre; le corps vitré est assez éclairci pour permettre de voir la pupille, l'œil n'a pas encore une tension normale. L'acuité visuelle après correction = 1/15.

28 octobre 1910. — O. D. opéré. V. = 1/4.

OBSERVATION IV

(M. Dupuy-Dutemps.)

Irido-cyclite tardive après extraction de membranule, œil droit. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison. — Irido-cyclite syphilitique de l'œil gauche, peut-être favorisée par un début d'ophtalmie sympathique de cet œil.

M. G..., cinquante-huit ans. Un an auparavant, iridectomie

sur les deux yeux, en haut, en raison de cataractes centrales incomplètes. Pendant les mois de juin et de juillet 1909, il est opéré de cataracte successivement sur les deux yeux par un de nos plus habiles confrères, dont la technique et l'exécution sont irréprochables.

L'acuité de l'œil gauche où reste une membranule perméable est de $1/15$ environ.

À droite, trois semaines après l'extraction, le même opérateur évacue quelques masses corticales par pression et pratique à la pince la déchirure de la capsule, après kératotomy à la lance à la partie supérieure. Bonne ouverture pupillaire ; pas de réaction les jours suivants.

Je vois le malade pour la première fois, vingt-trois jours après cette dernière intervention.

Dix jours environ après l'opération de la cataracte secondaire, l'œil droit a commencé à rougir, il est devenu douloureux et larmoyant ; sa vision s'est rapidement affaiblie.

Je constate de ce côté une irido-choroïdite subaiguë : iris décoloré ; pupille attirée en haut et obstruée par des exsudats épais ; injection périkeratique vive, sans œdème conjonctival ; douleurs modérées, larmoiement. Pas de sécrétion conjonctivale.

Hypopyon de 1 millimètre. Hypotonie légère. Vision réduite à la simple perception.

L'œil gauche ne présente que depuis deux jours une très large injection conjonctivale, sans signes d'iritis. Sa vision ne s'est pas modifiée. $V = 1/15$.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. Une légère tuméfaction indolente des ganglions mastoïdiens et carotidiens,

une rougeur diffuse peu accusée de la gorge sont les seuls signes de probabilité d'une infection spécifique.

Traitement. — Injections intra-veineuses quotidiennes de 1 centigramme de cyanure de mercure.

Deux jours plus tard : l'état de l'œil droit continue à s'aggraver : l'hypopyon persiste et l'hypotonie est plus accusée. En outre, l'œil gauche est atteint d'irido-choroïdite avec troubles diffus du vitré et présente aussi un léger hypopyon.

Le traitement mercuriel continu, pendant dix jours, resta sans effet. L'état de l'œil gauche, intact au début, s'est même particulièrement aggravé et sa vision a considérablement baissé.

L'échec du traitement général et les progrès continus des lésions m'amènèrent à rechercher avec plus de soin l'existence d'un défaut sur la cicatrice de l'œil droit, primitivement atteint.

L'examen le plus attentif ne montrait pas la moindre solution de continuité du revêtement épithélial ; mais il existait un pincement très visible de la capsule dans la plaie cornéenne faite pour la cataracte secondaire. De plus, un groupe de trois petits vaisseaux conjonctivaux superficiels au niveau du limbe s'infléchissaient brusquement dans la cicatrice et se continuaient dans son épaisseur pour pénétrer dans l'œil. On ne pouvait d'ailleurs les suivre dans la chambre antérieure, car, dans leur situation très périphérique, ils étaient cachés par le limbe opaque.

L'injection périkératique et le léger œdème conjonctival, autour de la cornée, présentaient d'ailleurs leur maximum d'intensité en regard de la cicatrice opératoire, d'où partaient

en outre des vaisseaux conjonctivaux volumineux et tortueux.

Ces constatations permettaient de supposer l'existence d'une fistule très petite et invisible de la cicatrice par interposition d'un filament capsulaire, cause de l'infection de l'œil droit ; et on pouvait provisoirement admettre que l'irido-cyclite de l'œil gauche, secondairement atteint quinze jours plus tard, était d'ordre sympathique, comme dans l'observation I.

Immédiatement je pratiquais le recouvrement conjonctival de la cicatrice après cautérisation non perforante. Au cours de l'avivement avec un fin bistouri, je sentis *une dépression très nette dans la cicatrice* au niveau du pincement, au point où elle était pénétrée par les vaisseaux superficiels. Anesthésie locale. Opération rapide, mais très douloureuse.

Tout traitement général fut cessé dès ce moment.

Le second jour, l'hypopyon avait disparu *des deux côtés* ; les douleurs frontales et oculaires avaient cessé.

Septième jour. — L'amélioration de l'œil droit opéré est rapide et progressive ; l'injection est beaucoup moindre ; la tension est redevenue normale. Mais l'œil gauche ne présente pas d'amélioration nette ; un hypopyon de 1 millimètre s'est reformé qui disparaît en quarante-huit heures et est remplacé par un léger hyphœma ; l'injection périkeratique reste vive.

Treizième jour. — La guérison de l'œil droit opéré est à peu près complète. Tension normale. Bonne projection. Injection périkeratique insignifiante.

Sur l'œil gauche, l'amélioration, venue plus tard, est aujourd'hui

d'hui très nette. L'hyphœma a disparu. L'injection est moindre ; l'acuité est remontée à 1/15.

Vingtième jour. — Guérison complète de l'œil droit. Iris de teinte normale. La pupille petite, attirée en haut, reste oblitérée par les exsudats. *La guérison a été définitive et depuis, cet œil n'a plus été le siège d'aucun phénomène inflammatoire.*

Sur l'œil gauche, le processus n'est pas éteint ; l'iris reste verdâtre ; le corps vitré trouble. Mais l'amélioration est incontestable ; l'acuité visuelle, après correction, atteint 1/8. Le malade rentre chez lui.

Quinze jours plus tard, une nouvelle poussée d'iridocyclite se produit sur l'œil gauche. Pas d'hypopyon ; gros trouble floconneux du vitré ; vive injection périkeratique, etc. L'acuité n'est que de 1/30.

En raison du succès immédiat et durable donné par l'intervention sur l'œil droit, et quoique la cicatrice parfaitement coaptée ne présente ici aucun des caractères particuliers notés pour l'autre œil, je pratique à gauche de la même manière une autoplastie conjonctivale.

Il se produisit une amélioration nette mais légère ; l'acuité remonta à 1/20 le quatrième jour. Mais la rougeur de l'œil, les altérations inflammatoires de l'iris et du vitré ne cédèrent que partiellement.

Au bout de trois semaines, nouvelle récurrence sur l'œil gauche, grave, douloureuse, avec infiltration hématique de l'iris. La vision était réduite à compter les doigts à 0 m. 20.

Le malade est dès lors soumis de nouveau au traitement mercuriel : injection de 2 centigrammes de cyanure de mercure tous les deux jours. La réaction de Wassermann, faite

peu de temps après, confirme le diagnostic de syphilis, soupçonné dès le début.

Contrairement à ce qui s'était produit lors de la première atteinte, l'amélioration fut presque immédiate ; dès la troisième injection, les douleurs avaient presque complètement cessé ; l'injection oculaire était moindre ; la vision meilleure.

Au bout d'un mois de traitement, la guérison de l'œil gauche était complète ; l'iris de teinte normale ; la pupille restée perméable ; mais l'acuité n'atteint que $1/30$.

Le traitement est cessé. Depuis trois mois, la guérison s'est maintenue ; l'acuité reste à $1/30$.

Quant à l'œil droit, primitivement atteint, et définitivement guéri par le recouvrement conjonctival de la cicatrice, une irido-capsulotomie faite sept mois après, lui a donné une pupille nette et noire. Son acuité avec $+ 11$ dioptries = $1/6$.

Mars 1912. — V = $1/4$.

Nous avons donné avec plus de détail les circonstances de cette observation, car elle est moins nette et les conditions très particulières de l'évolution sont nécessaires à connaître pour son interprétation.

Elle montre combien peut être difficile et incertain le diagnostic étiologique dans des cas complexes.

Pour l'œil droit, l'infection exogène par cicatrice fistuleuse ne paraît pas douteuse. Elle est démontrée par l'inefficacité du traitement spécifique ; la constatation au moment de l'intervention d'une dépression sur la ligne cicatricielle, au point où l'examen clinique permettait de soupçonner seulement l'existence

d'une fistule ; l'amélioration immédiate, la guérison rapide et *définitive* par l'oblitération de la fistule.

Quant à l'inflammation de l'œil gauche, survenue deux semaines après celle de l'œil droit, peut-être au début a-t-elle été d'origine sympathique, quoique la présence d'un hypopyon plaide contre cette hypothèse ; mais l'évolution ultérieure, la persistance de l'irido-choroïdite, sa récurrence grave, dont seul le traitement mercuriel a eu rapidement raison, indiquent sa nature syphilitique. Ne pourrait-on pas admettre que la localisation ultérieure de l'infection syphilitique sur cet œil a été favorisée par l'atteinte initiale d'une ophtalmie sympathique bénigne, comme celle de l'observation I ?

OBSERVATION V (Inédite)

(M. Dupuy-Dutemps, *Fondation Ophtalmologique Rothschild.*)

Irdo-choroïdite tardive à la suite d'extraction de cataracte. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison

M. B..., soixante-neuf ans, opéré par un confrère de cataracte de l'œil gauche, le 4 mai 1910. Le cristallin a été extrait à l'anse de Suellen avec perte de corps vitré. Le troisième jour de son opération, il présente des signes d'iritis et des douleurs violentes, qui l'empêchent de dormir.

12 mai 1910. — Les paupières sont peu œdématiées, peu de réaction conjonctivale. La chambre antérieure est trouble, profonde, des exsudats inflammatoires et des masses cristal-

liniennes encombrant le champ pupillaire. Hypopyon de 2 millimètres.

La plaie paraît bien coaptée, mais dans sa partie interne, on voit se soulever parfois un petit filament flottant, qui disparaît parfois, couché par le frottement des paupières. En ce point, injection péri kératique plus vive et bien limitée.

A la loupe, on voit que les lèvres épithéliales de la plaie sont séparées sur toute leur longueur par un tissu interposé.

Pendant le lavage, le liquide fait visiblement flotter un assez long filament, le plus souvent couché dans la région de la cicatrice. V = perception lumineuse.

Opération. — Autoplastie conjonctivale. — Sous l'anesthésie locale, la conjonctive est détachée aux ciseaux ; l'avivement des lèvres de la plaie est fait au bistouri. On cautérise trop modérément les lèvres de la plaie et la ligne cicatricielle. L'opération est peu douloureuse.

13 mai 1910. — Le malade n'a plus souffert. Hypopyon moindre, mais la chambre antérieure reste trouble.

14 mai 1910. — Pas de douleurs ; hypopyon moindre encore, mais le champ pupillaire reste très encombré et la cornée floue.

17 mai 1910. — Le lambeau s'est rétracté, découvrant la moitié externe de la cicatrice, où il n'a pas adhéré, à cause de l'avivement et de la cautérisation insuffisants en ce point ; il adhère bien au contraire à la moitié interne. L'hypopyon, quoique réduit, persiste encore et le malade se plaint de nouveau de douleurs.

On cautérise au galvano toute la partie découverte de la cicatrice, sans ouverture de la chambre antérieure.

19 mai. — Amélioration nette. Absence de douleurs ;

l'hypopyon a disparu, la cornée s'éclaircit ainsi que la chambre antérieure.

21 mai. — Toujours absence complète de douleurs. On voit les détails de l'iris. Les masses purulentes du champ pupillaire se résorbent peu à peu, et cette lenteur du processus de guérison s'explique : 1^o par la gravité de l'infection ; 2^o par le fait que le corps vitré a été profondément infecté d'emblée ; et 3^o parce que le recouvrement a été incomplet.

28 mai 1910. — La cornée est claire, la chambre antérieure normale ; l'iris prend une teinte normale. La pupille se rétrécit et il existe encore dans son champ des masses exsudatives. La tension est normale.

18 juin 1910. — Les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu. La pupille, attirée en haut, est fermée par des exsudats. L'iris est bombé en certains points, goudronné. Tension + 1. La projection est bonne, sauf en haut.

10 août 1910. — On pratique une irido-capsulotomie transversale, qui fait disparaître les phénomènes glaucomateux ; enfin, une irido-capsulectomie à la pince de Vacher donne une très belle pupille paracentrale assez régulièrement circulaire.

La guérison est obtenue avec $V = \frac{1}{3}$ faible. Aucun traitement général n'a été fait.

OBSERVATION VI (Inédite)

(M. Dupuy-Dutemps, *Fondation Ophthalmologique
Rothschild.*)

*Irido-cyclite aiguë tardive post-opératoire. — Autopsie
conjonctivale. — Guérison*

M^{me} H..., soixante-quinze ans, a été opérée de cataracte de l'œil gauche, le 29 septembre 1911, par le D^r X... Les jours suivants, l'œil est légèrement injecté, mais l'iris paraît normal ; le champ pupillaire est net ; il y a quelques douleurs.

Au neuvième jour seulement, la teinte de l'iris se modifie, le champ pupillaire devient trouble, la douleur vive.

9 octobre 1911. — Le progrès de l'inflammation a été très rapide. Le champ pupillaire est encombré, de teinte jaunâtre. Une bride se détache de l'exsudat pupillaire et pénètre dans la partie moyenne de la cicatrice. La section porte en pleine cornée. Petit hypopyon de 1/2 millimètre.

L'inflammation paraît ici avoir gagné plutôt vers le vitré, qui est opaque, que vers l'iris et la chambre antérieure. Il n'y a pas de déhiscence apparente de la cicatrice, dont les lèvres ne sont pas infectées, ni infiltrées. Il est probable qu'il y a un pincement capsulaire.

Chémosis très accusé.

Opération. — Autoplastie conjonctivale. — Cocaïne, adrénaline.

1^o Dissection de la conjonctive difficile en raison du chémosis qui surplombe ;

2^o Avivement au couteau de Græfe ;

3° Cautérisation au galvano superficielle, du limbe, de la marge cornéenne et de la cicatrice, sans pénétrer dans la chambre antérieure ;

4° Les fils sont serrés ; la moitié de la cornée est aussi recouverte sans libération de la conjonctive.

10 octobre 1911. — La nuit a été bonne, les douleurs sont très diminuées ; l'hypopyon léger a disparu.

19 octobre 1911. — La conjonctive est bien appliquée, largement adhérente ; l'inflammation a complètement disparu. La pupille est encombrée. V = perception lumineuse.

L'irido-cyclite est guérie avec occlusion de la pupille. Bonne projection.

Vingt jours après, on apprend la mort de la malade chez elle.

Succès complet, mais le temps a manqué pour faire une irido-capsulotomie et avoir le degré de l'acuité.

OBSERVATION VII (Inédite)

(M. Dupuy-Dutemps, *Fondation Ophtalmologique
Rothschild.*)

*Cicatrice vicieuse après l'opération de la cataracte
Autoplastie conjonctivale. — Guérison*

M^{me} V..., soixante-dix ans, opérée deux mois avant de cataracte de l'œil gauche dans une autre clinique. Elle a souffert après l'opération ; la hernie de l'iris qu'elle a pré-

senté a été réséquée, mais l'œil reste douloureux, quoi qu'il n'y ait pas de trouble notable du vitré ni d'iritis.

A la partie interne de la plaie cornéenne, il y a adhérence de l'iris et aussi de la capsule. En ce point, on voit pénétrer dans la plaie des prolongements conjonctivaux et en regard existe une vive injection épisclérale. Cette région est douloureuse au toucher.

La malade se plaint beaucoup de douleurs, qui troublent son sommeil. Un très petit vaisseau pénètre aussi dans la partie externe de la cicatrice. Pas d'œdème ni d'injection épisclérale en dehors de la région signalée.

9 février 1911. — *Opération.* — Elle est rendue difficile en raison des cicatrices conjonctivales de l'opération antérieure, du siège cornéen de la cicatrice antérieure, de la douleur et de la difficulté d'aviver la région du limbe.

La douleur a cessé la nuit même et cinq jours après la malade a été guérie. $V = 1/30$.

26 avril 1912. — Depuis l'opération d'autoplastie, la malade n'a plus souffert de son œil et n'a présenté aucune rougeur à ce niveau.

La plaie fistuleuse est parfaitement recouverte par la conjonctive, qui adhère bien jusque sur la cornée. On voit à travers elle le point noir formé par la petite hernie irienne recouverte.

Les milieux sont clairs. Aucune irritation.

Avec + 14 $V = \frac{1}{15}$. Astigmatisme notable.

OBSERVATION VIII

(M. Constantinesco.)

*Irido-cyclite tardive subaiguë après l'opération
de la cataracte. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison*

Un homme de soixante-dix ans, ne présentant aucune lésion des voies lacrymales, avec urines normales, est opéré de cataracte de l'œil gauche le 20 octobre 1910. Petit lambeau conjonctival, iridectomie.

Les suites immédiates sont normales ; le champ pupillaire est net et l'iris parfaitement réduit.

Le sixième jour, survient sur l'œil droit (non opéré) une conjonctive subaiguë à pneumocoques.

Trois jours plus tard, soit neuf jours après l'intervention, l'œil gauche est atteint à son tour de conjonctivite de même nature, en dépit des précautions prises.

1^{er} novembre. — La sécrétion conjonctivale est tarie. Mais il reste une injection périkeratique nette ; la teinte de l'iris est altérée ; la pupille réagit mal à l'atropine et un exsudat blanchâtre se forme à sa partie supérieure.

2 novembre. — On voit apparaître dans l'exsudat un fascicule de fins vaisseaux partant de l'angle interne de la plaie et se dirigeant vers le centre de la pupille.

Injection périkeratique intense, surtout au niveau de l'angle interne de la plaie.

Le malade a souffert pendant la nuit de vives douleurs péri-orbitaires qui ne lui ont pas permis de dormir,

Ces phénomènes se sont progressivement accusés, malgré le traitement général et local (sangsues, compresses chaudes, mydriatiques, injections sous-conjonctivale de cyanure de Hg à 1/1000).

C'est ainsi que le 13 novembre, l'œil a l'aspect de l'iridocyclite plastique subaiguë : la paupière supérieure présente de l'œdème du bord ciliaire, l'inférieure est macérée par le larmolement continu. L'œil est hypotone et douloureux à la pression ; la pupille est entièrement obstruée par un exsudat opaque ; l'humeur aqueuse est trouble ; très faible perception lumineuse.

L'injection périkératique est surtout intense vers la partie interne de la plaie où l'on voit avec la loupe électrique de Berger une petite dépression sur la ligne de cicatrice avec légère infiltration du tissu cornéen avoisinant.

M. Constantinesco, alors, applique sans tarder le recouvrement conjonctival de la cicatrice vicieuse.

Dès le soir même, les douleurs sont calmées et le malade retrouve le sommeil.

Au bout de vingt-quatre heures, l'amélioration était déjà objectivement manifeste ; elle a ensuite rapidement progressé.

L'exsudat pupillaire, fait assez remarquable, s'est peu à peu rétracté en haut, laissant libre la partie inférieure de la pupille.

28 novembre (seize jours après l'autoplastie). — Le malade pouvait sans correction compter les doigts à 0 m. 30.

OBSERVATION IX

(M. Constantinesco.)

*Extraction de la cataracte avec autoplastie conjonctivale
sur un œil infecté. — Guérison*

Au mois d'avril 1911, se présenta dans mon cabinet un malade atteint de cataracte double associée à une blépharo-conjonctivite chronique (depuis plus de vingt-cinq ans).

Le malade ne voyait plus de l'œil gauche depuis quatre ans ; du côté droit, la vue était complètement perdue depuis six mois. Il avait été traité par d'autres confrères qui avaient renoncé à l'opération.

Malgré le traitement médical suivi pendant plus de cinq mois, la sécrétion muco-purulente ne disparaît pas et alors, après les instances du malade, je lui fais, le 23 novembre, l'extraction de la cataracte gauche, avec autoplastie conjonctivale par glissement.

Opération. — Après la dissection de la conjonctive, tout autour de la moitié supérieure de la cornée sur une étendue d'un centimètre, j'applique deux fils en soie noire des deux côtés de la cornée. Après avoir introduit le couteau de de Græffe et fait la contre-ponction, survient une puissante contraction des paupières, suivie d'une sortie brusque de l'humeur aqueuse et de l'interposition de l'iris et du cristallin devant le tranchant du couteau.

Pourtant, je continue la section du lambeau cornéen et d'une partie de l'iris suivie immédiatement d'une issue du

vitré et subluxation du cristallin. L'extraction du cristallin est faite dans sa capsule avec l'anse de Weber.

Réduction de l'iris et nettoyage de la plaie cornéenne. Puis on serre les fils de suture, et la conjonctive, en glissant devant la cornée, vient lui recouvrir un peu plus du tiers supérieur.

Le lendemain, le malade n'avait pas souffert, il y a une forte congestion conjonctivale avec beaucoup de sécrétion. La chambre antérieure n'est pas encore reformée ; l'humeur aqueuse transparente, pupille noire, iris normal.

Le troisième jour, la suture interne avait cédé par déchirure de la lèvre supérieure, le fil est extrait. L'œil est dans le même état, le malade avait bien dormi, aucune douleur, la congestion moins intense. Pas d'exsudat dans la chambre antérieure. Légère infiltration blanchâtre et striée de la cornée à sa partie externe. La chambre antérieure est manifeste.

Le cinquième jour, aucun symptôme inflammatoire dans l'œil, le malade distingue bien les choses environnantes. La congestion conjonctivale est beaucoup plus réduite.

Le septième jour, enlèvement du fil externe. La coaptation de la plaie cornéenne est parfaite. La conjonctive est rétractée jusqu'à la périphérie cornéenne ; l'infiltration de la cornée a disparu.

Le onzième jour, le malade guéri. est présenté à la Société des Sciences médicales de Bucarest (Séance du 4 déc. 1911.)

CONCLUSIONS

1° L'infection exogène à travers une cicatrice vicieuse (fistulisation) apparaît comme la cause la plus fréquente de l'irido-choroïdite tardive à la suite de l'opération de la cataracte ;

2° Aucun des procédés usuels d'opération de la cataracte ne met à l'abri de la formation d'une cicatrice fistuleuse, quelle que soit l'habileté de l'opérateur.

Seuls les procédés exceptionnels d'extraction *entièrement sous-conjonctivale* peuvent avoir une valeur prophylactique réelle ;

3° Le diagnostic peut passer inaperçu, car la fistule peut être particulièrement difficile à reconnaître, même pour un observateur prévenu, car elle peut être cliniquement invisible. Dans ce cas, cependant les petits signes suivants donneront, sinon la certitude, du moins une forte présomption en faveur de l'existence d'une cicatrice vicieuse :

a) Érosion de l'épithélium sur la ligne de cicatrice avec ou sans dépression visible ;

b) Filament flottant partant de la cicatrice ;

c) Fins vaisseaux superficiels du limbe plongeant

brusquement dans la cicatrice, qu'ils traversent de part en part pour pénétrer dans la chambre antérieure et qui peuvent se poursuivre dans l'iris et les exsudats ;

d) Foyer inflammatoire au niveau du trajet fistuleux ;

e) Douleur au contact du pertuis présumé ;

f) Injection périkeratique au pourtour du même point ;

g) Enfin, la déformation pupillaire, qu'entraîne un pincement de l'iris ;

4° Le diagnostic étant fait, appliquer *aussitôt* le recouvrement conjonctival, qui, en isolant immédiatement, définitivement la plaie, évite les dangers de nouvelles infections et *amène la guérison sans récidives*.

Logique, efficace et simple, il nous paraît être le traitement de choix ;

5° Même en cas de doute, lorsque la fistulisation n'est pas cliniquement démontrée et si le traitement général n'amène pas rapidement une amélioration nette, appliquer l'autoplastie conjonctivale, traitement inoffensif.

Vu : le Président de la thèse

DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — De l'Ophtalmie sympathique infectieuse chronique. Soc. franç. d'Opht., 1903.
- BERKA. — Lineares Offenbleiben einer Extractions-wunde in Gestalt eines Epithelspalts (Arch. f. Augenh., LIII, 1, p. 72, 1905).
- CONSTANTINESCO. — Extraction de la cataracte avec autoplastie conjonctivale sur un œil infecté. Guérison. Soc. d'Ophtalmologie de Paris, avril 1912.
- DUPUY-DUTEMPS. — Communication faite à la Société française d'Ophtalmologie, mai 1910.
- Rapport sur le travail de M. Constantinesco : Irido-cyclite tardive subaiguë après l'opération de la cataracte. Autoplastie conjonctivale. Guérison.
- DUVERGER. — Des Irido-cyclites tardives. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1909.
- GOLDZIEHER. — Discussion sur « l'étiologie des infections post-opératoires subaiguës et tardives ». Congrès international. Budapest, 1909.
- KUHNT. — De l'Utilisation de la conjonctive dans l'oculistique pratique et opératoire. Wiesbaden, 1898.
- Guérison d'une suppuration cornéenne pneumococcique après l'extraction de la cataracte (Zeitschr. f. Augenh., 1899).
- LEBER. — Congrès de Heidelberg, 1882.
- MEYER. — De la Protection des cicatrices vicieuses de l'œil contre l'infection externe. Soc. franç. d'Opht., 1892.
- MORAX. — Rapport au Congrès de Budapest, 1909.
- REMER. — Zur Frage der Iodoformwirkung bei introokularen Infectionen (Berich. der Opht. Gesellsch. zu Heidelberg, 1901).

- ROEMER. — De la Suture conjonctivale enbourse contre les solutions de continuité de la cornée (Annales d'Ocul., novembre 1897).
- TROUSSEAU. — La Cautérisation ignée des hernies de l'iris et l'ophtalmie sympathique (Arch. d'Opht., p. 684, 1909).
- ULBRICH. — Experimentelle Untersuchungen ueber die Wirkung in das Auge eingebrachten saprophytischer Bacterien (Arch. f. Opht., LVIII, p. 243).
- VACHER. — Soc. française d'Ophtalmologie, mai 1911.
- VAN LINT. — Soc. française d'Ophtalmologie, mai 1911.
- WAGENMANN. — Ueber die Operationsnarben und vernarbten Iris-vorfällen ausgehende Glaskörpereiterung (Arch. f. Opht., XXXV, 4, p. 116, 1889).
- Weitere Mittheilungen über die von Vernarbten ausgehende Glaskörpereiterung (Arch. f. Opht., XXXVIII, 1, p. 171, 1892).
- WECKER (de). — Traitement des blessures de la cornée par l'occlusion conjonctivale (Annales d'Oculistique, CXII, 1894, p. 293).
- WOPFNER. — En Fall metastatischer Panophtalmie bei einer Kataraktoperation als Folge einer Krupposen Pneumonie mit Friedländer Pneumobacillen (Klin. Monatsbl. f. Augenh., XLIV, p. 386, 1906).
-

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et C^{ie}, 15, Rue Racine, Paris. — 1543-12

